附件：

南京中医药大学校院“双高协同”发展大会参会回执

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | | | | |
| 院领导姓名 |  | 职务 |  | 手机号 |  |
| 院领导姓名 |  | 职务 |  | 手机号 |  |
| 院领导姓名 |  | 职务 |  | 手机号 |  |
| 入校车辆车牌号、司机姓名、联系电话 | |  | | | |

备注：

1、5月6日（周一）下午17:00前，请医院填报参会回执发送医院发展管理处联系人邮箱：jileilei1515@126.com

2、住宿自理